様式第１号

受付番号

**柳川市在宅介護支援センター（大和町地区）**

**運営事業者応募申請書**

平成　　　年　　　月　　　日

柳　川　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　申請者　法　人　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　柳川市において募集のあった、柳川市在宅介護支援センター（大和町地区）の設置及び運営を行う事業者として、別紙関係書類を添えて応募いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（法人） | フリガナ |  | | | | | | | |
| 法人名 |  | | | | | | | |
| 法人の所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | |
| （ビル等の名称等） | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | ファックス番号 |  | |
| 代表者の職名・  氏名・生年月日 | 職名 |  | | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | 生年月日 |
| 氏　名 |  | | | Ｔ・Ｓ・Ｈ  　　年　　月　　日 |
| 代表者の住所 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 設置予定事業所 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者連絡先 | 担当者所属・氏名 | |  | | |
| 電話番号 |  | | ファックス番号 |  |